

TRANSFORMAÇÃO ANAPLÁSICA EM CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREÓIDE¹

Rogério Costa Tiveron²
Rui Celso Martins Mamede³
Francisco Verissimo De Mello-Filho⁴
Hilton Marcos Alves Ricz⁵
Daniel Hardy Melo²
Gilberto Maggioni Junior⁶
Leonardo Souza Kruschewsky⁷
Ernandes Kaoru Nakamura²

RESUMO

Objetivo - Escrever a transformação de um Carcinoma Papilífero de Tireóide em Carcinoma Anaplásico. **Métodos** - relato de caso de uma paciente portadora de Carcinoma Papilífero de glândula tireóide e tratada no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HCMRPUSP. Espécimes histológicos foram colhidas durante o decorrer do tratamento e estudos anatomopatológico e imuno-histoquímico foram realizados para direcionar conduta médica. **Resultados** - A análise anatomopatológica e imuno-histoquímica realizada mostrou mudança de padrão de diferenciação celular durante a evolução da doença em questão. Tais dados, correlatados às características clínico-radiológicas tornam o caso compatível com a transformação anaplásica tireoideana a partir de um tumor bem diferenciado - Carcinoma Papilífero de tireóide. **Conclusões** - Observa-se nítida diferença das características evolutivas dos dois tipos de tumores malignos presentes nesta paciente: a primeira com comportamento “benigno” e indolente e a segunda agressiva, e fatal, sugerindo transformação anaplásica – como já descrita previa-

mente na literatura. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/acb>

Descritores – Doenças da glândula tireóide; Glândula tireóide.

ABSTRACT

Anaplastic transformation of a differentiated (papillary or follicular) thyroid carcinoma is a very rare event.

Ocasionalmente, indiffentiated and well differentiated carcinomas occur simultaneously at the same metastatic foci. All well-differentiated thyroid carcinomas could have this evolution.

Some authors suggest that this transformation is induced by radioactive iodine, external radiotherapy or long term goiter.

The purpose of this article is to show an anaplastic transformation in a 69 year old woman with papillary thyroid carcinoma operated by Head and Neck Surgery team at Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Key Words – Thyroid diseases; Thyroid gland

- 1 Trabalho realizado pela Disciplina de Cirurgia da Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da FMRP - USP
- 2 Médicos Residentes do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo na área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- 3 Professor Associado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Chefe da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas
- 4 Professor Doutor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- 5 Professor Assistente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- 6 Médico Contratado de Serviço de Patologia do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo
- 7 Pós-graduando do Departamento de Cirurgia e Anatomia e Médico Contratado do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo

RELATO DE CASO

Identificação: G.S.D., de 69 anos de idade, feminino, aposentada, branca, casada.

Queixa-Duração: Aumento da tireóide há 5 anos.

História da Moléstia Atual: Paciente refere que há 5 anos vem apresentando abaulamento com crescimento progressivo, indolor em topografia da glândula tireóide, principalmente à esquerda. Negava dispnéia, disfagia, disfonia, sintomas de hiper/hipotiroidismo ou mesmo a presença nódulos cervicais.

Interrogatório sobre diversos Aparelhos: sem queixas dignas de nota.

Antecedentes Pessoais: Negava ser portadora de hipertensão, cardiopatia, diabetes, ou outras comorbidades.

Exame físico: À palpação nota-se glândula tireóide com aumentada difusamente, principalmente à esquerda com superfície lobulada. Ausência de outros nódulos

cervicais. À Laringoscopia Indireta não se notava sinais de compressão, e as cordas vocais estavam móveis e sem lesões aparentes.

Impressão Diagnóstica: Bócio Multinodular Atóxico.

Exames Complementares: O Ultra-som cervical revelou aumento difuso das dimensões tireoideanas, com vários nódulos em seu interior. Ausência de calcificações e adenomegalias. A Cintilografia revelava a presença de nódulo frio a esquerda, e glândula normocaptante. Punção Biópsia Aspirativa (P.B.A.) do nódulo revelou quadro citológico compatível com bócio colóide.

Cirurgia Proposta: Lobectomia esquerda e istmectomia com biópsia de congelação.

Cirurgia Realizada: Tireoidectomia total (biópsia de congelação revelou Carcinoma Papilífero) – cirurgia realizada em outubro/1999 (Figuras 1 e 2).

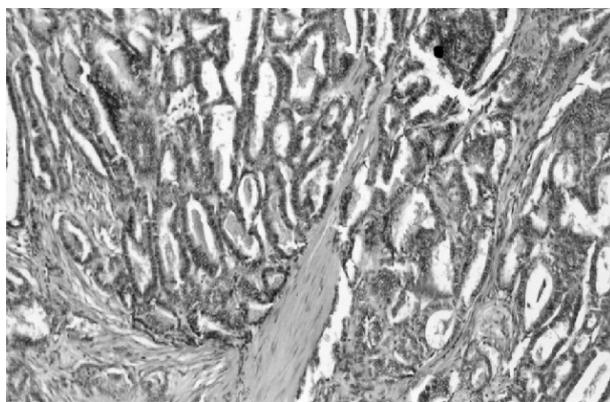


Figura 1 - (H.E. aumento de 100 X): Microcarcinoma papilífero de 0,8 cm.

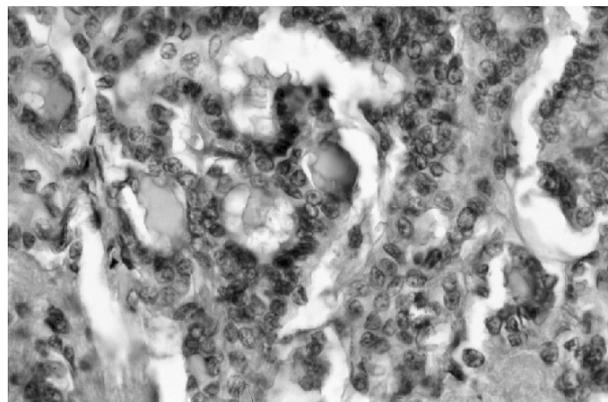


Figura 2 - (H.E. aumento de 400X): Carcinoma papilífero.

Anátomo-patológico: Carcinoma Papilífero de Tireóide. **Tratamento Pós-operatório:** Pesquisa de Corpo Inteiro com I¹³¹ realizado em jan/2000 revelou a presença de áreas hipercaptantes em ápice pulmonar direito e região temporal esquerda. Realizado iodoterapia ablativa.

Seguimento Oncológico: Novo exame (PCI com I¹³¹) em jun/2000 sem áreas de captação de iodo radioativo. Em out/2000 apresentou nódulo cervical de 2 cm em topografia de cadeia IV a esquerda, cuja P.B.A. revelou metástase de carcinoma papilífero.

Cirurgia Realizada: Esvaziamento cervical seletivo (cadeias II, III, IV e VI) à esquerda, foi realizado em jan/2001.

Anátomo-patológico: Três gânglios metastáticos de Carcinoma Papilífero (Figuras 3 e 4).

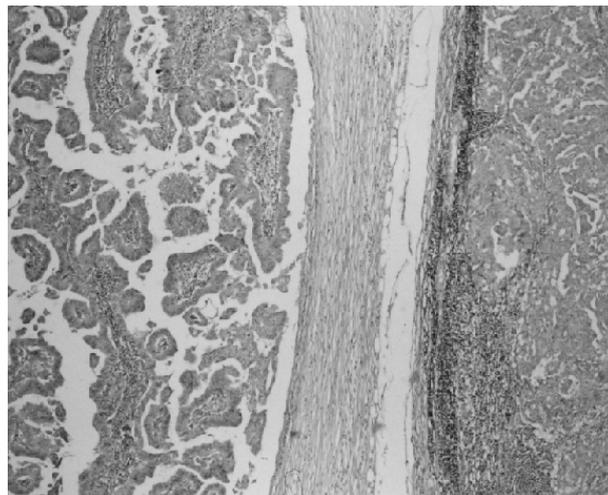


Figura 3 - (H.E. aumento de 40 X): Linfonodo comprometido com metástase de Carcinoma Papilífero.

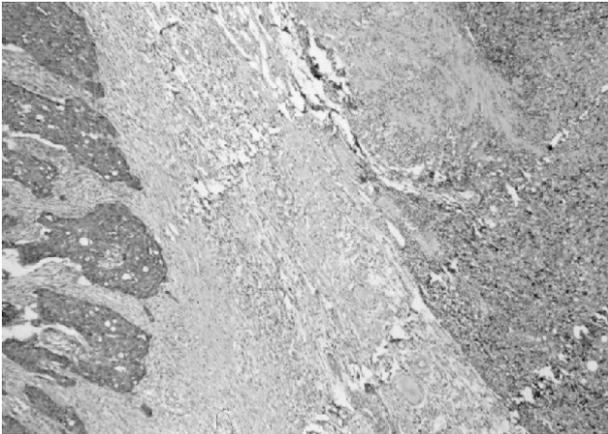


Figura 4 - (Imuno-histoquímica com citoceratina 7- marcador de Carcinoma Papilífero, aumento de 40 X): Metástase de Carcinoma Papilífero com áreas de Carcinoma Anaplásico.

Evolução Clínica: Em mar/2001 deu a paciente deu entrada na Unidade de Emergência com quadro de dispnéia (CF III), queda do estado geral, associado à presença de massa supra clavicular esquerda imediatamente abaixo da cicatriz do esvaziamento cervical. A Broncoscopia revelou compressão extrínseca à esquerda de hipofaringe, laringe e traquéia (até próximo à carina). Tomografia computadorizada cervical e torácica evidenciou extensa formação cervico-torácica à esquerda desde o ângulo da mandíbula até nível da carina, invadindo mediastino e com trombose da veia jugular interna esquerda. Havia imagens sugestivas de metástases pulmonares bilaterais (Figuras 5, 6, 7 e 8). Realizado PBA desta massa que revelou carcinoma indiferenciado compatível com neoplasia anaplásica de tireóide (Figuras 9 e 10). A paciente evoluiu com óbito em mar/2001 devido a pneumonia extensa, insuficiência respiratória e septicemia.



Figura 5 - Massa a nível da glote, com trombose da veia jugular interna esquerda.



Figure 6 - Compressão traqueal e invasão do mediastino superior..

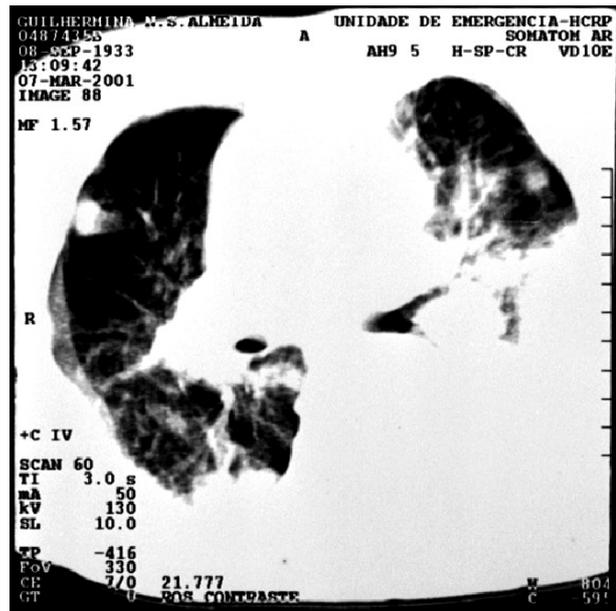


Figure 7 - Metástases Pulmonares e derrame pleural esquerdo.



Figure 8 - Derrame pleural extenso a esquerda.

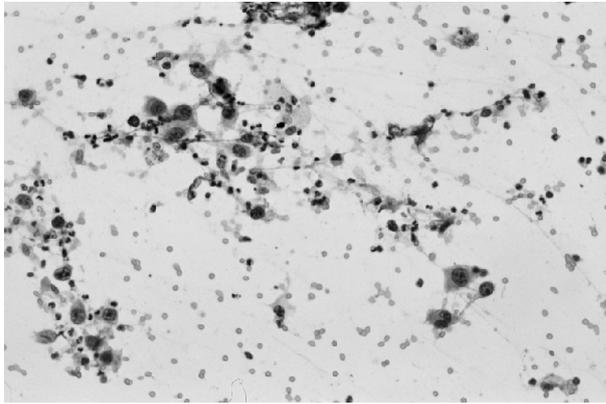


Figure 9 - (H.E. – aumento de 200X) P.B.A. da massa cervical com Neoplasia Anaplásica.

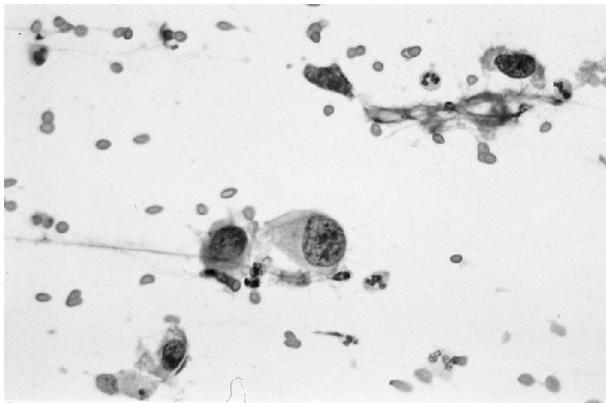


Figure 10 - (H.E. – aumento de 400X) P.B.A. da massa cervical com Neoplasia Anaplásica.

DISCUSSÃO

A transformação de um carcinoma tireoideano bem diferenciado (papilífero ou folicular) para um carcinoma indiferenciado é um evento raro que ocorre em cerca de 1 a 2% dos casos. Nestes casos, trabalhos têm mostrado que carcinomas indiferenciados estão topograficamente, provavelmente e etiologicamente associados com carcinoma bem diferenciado, preexistente¹⁻⁴. A coexistência dos dois tumores pode ser vista logo no primeiro espécime anatomopatológico colhido, naqueles colhidos meses a anos após a ressecção dos carcinomas bem diferenciados. A incidência desta coexistência nos carcinomas indiferenciados varia de 8,5%⁵ a 80%⁶. Ocasionalmente, padrões de carcinomas indiferenciado e bem diferenciado podem coexistir em foco metastático do tumor. Todos os tipos de carcinomas tireoi-

deanos derivados da célula folicular (papilífero ou folicular), são suscetíveis a sofrerem essa evolução. Tem sido sugerido que a transformação anaplásica nessas neoplasias é induzida pelo uso de iodo radioativo⁷, radioterapia externa⁸ e bócio de longa data⁹.

REFERÊNCIAS

1. Fischer ER, Gregorio R, Shoemaker R, Horvat B, Hubay C. The derivation of so called “giant-cell” and “Spindle-cell” undifferentiated thyroidal neoplasms. *Am J Clin Pathol* 1974;61:680-9.
2. Harada T, Ito K, Shimoaba K, Hosoda Y, Yabumaru K. Fatal thyroid carcinoma. Anaplastic transformation of adenocarcinoma. *Cancer* 1977; 39:2588-96.
3. Hurtle RV, Tollefesen HR, De Corse JJ, Foote FW Jr., Frazell EL. Spindle and Giant cell metaplasia in papillary carcinoma of thyroid. *Am Surg* 1965;110:660-8.
4. Spires JR, Schwartz MR, Miller RH. Anaplastic thyroid carcinoma. Association with differentiated thyroid cancer. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 1988;40-4.
5. Wychulis AR, Beahrs OH, Woother LB. Papillary carcinoma with associated anaplastic carcinoma in the thyroid gland. *Surg Gynecol Obstet* 1965;120:28-34.
6. Nishiyama RH, Dunn EL, Thompson NW. Anaplastic spindle cell and giant-cell tumors of the thyroid gland. *Cancer* 1972;30:113-27.
7. Baker HW. Anaplastic thyroid cancer twelve year after radiiodine therapy. *Cancer* 1969;23:885-90.
8. Wapp DS, Li Volsi VA, Sanders MM. Anaplastic carcinoma following well-differentiated thyroid cancer: etiological considerations. *Yale J Biol Med* 1982;55:521-8.
9. Aldinger KA, Samaan NA, Ibanez M, Hill CS Jr., Anaplastic carcinoma of the thyroid gland: a review of 84 cases of spindle and giant cell carcinoma of the thyroid *Cancer* 1978;41: 2267-75.
10. Bauman ME, Tao LC. Cytopathology of Papillary Carcinoma of Thyroid with Anaplastic transformation. *Acta Cytol* 1995;39:525-9.
11. The Neck- Diagnosis and surgery. Shockley WW. Pillsbury III HC.
12. Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 1998.
13. Myers EM, Carrau RL, Stephen PC, Eibiling DE, Hirsch BE, Janecka IP, Johnson JT, Kamerer DB, Snyderman CH. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 1997.

Endereço para correspondência:

Rui Celso Martins Mamede

Rua Nélio Guimarães, nº 170 - CEP:- 14025-290

Ribeirão Preto-SP.– Fone/Fax:- (016) 602.2353

e-mail: rcmammed@fmrp.usp.br -